IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 63)
z dnia 16 marca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 63)

16 marca 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat kontraktowania poradni specjalistycznych niezbędnych do opieki koordynowanej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, **Daniel Rutkowski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam panie i panów posłów. Witam zaproszonych gości. Widzę, że w imieniu ministra zdrowia jest pan dyrektor Dzięgielewski – witamy serdecznie. Nie wiem, czy jest przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, bo wydaje mi się, że…. Też jest. Bardzo dobrze. Z Narodowego Funduszu Zdrowia jest pan dyrektor Rutkowski. Witamy serdecznie również.

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia zwołane przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Teraz sprawdzimy kworum. Bardzo proszę o wciśnięcie dowolnego przycisku i ponieważ nie przewiduję, żeby w tym punkcie były głosowania, proponuję, żebyśmy zostawili otwarte sprawdzanie kworum, aby kolejne osoby, które będą dochodziły, mogły zarejestrować swoją obecność.

Porządek dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat kontraktowania poradni specjalistycznych niezbędnych do opieki koordynowanej. Jest to punkt z planu pracy Komisji. Czy są jakieś uwagi do dzisiejszego porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Przechodzimy zatem do jego rozpatrzenia.

Może na początek oddam głos panu dyrektorowi Rutkowskiemu, ponieważ wydaje się, że kwestie związane z NFZ-etem są najistotniejsze w tej informacji. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Daniel Rutkowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, umówiliśmy się z dyrektorem Dzięgielewskim, że to on z punktu widzenia ministerstwa…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czyli pan dyrektor Dzięgielewski pierwszy. Czy tak?

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Daniel Rutkowski:

Jeśli można…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. To pan dyrektor Dzięgielewski jako pierwszy. Proszę uprzejmie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Dzień dobry. Przepraszam za tę zamianę kolejności. Zgadzam się, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli chodzi o magię słowa „kontraktowanie", jest najważniejszy, ale pozwolę sobie przypomnieć, że jeszcze do września ubiegłego roku byłem w Narodowym Funduszu Zdrowia, w tym także byłem odpowiedzialny za kontraktowanie z pozycji oddziału wojewódzkiego, myślę więc, że uda mi się połączyć oba aspekty.

Kontraktowanie poradni specjalistycznych niezbędnych do opieki koordynowanej – pozwoliłem sobie zadzwonić do pani poseł Gelert, żeby doprecyzować temat. Przedstawię państwu to ujęcie, w jakim to przygotowaliśmy w uzgodnieniu. Mianowicie chodzi o kontraktowanie poradni specjalistycznych przy oddziałach jednoimiennych, jeżeli nie weszły w ramy sieci szpitali.

Pojęcie poradni przyszpitalnej jest zasadniczo starsze niż sama sieć szpitali, gdyż pojawiała się wcześniej porada pohospitalizacyjna w celu rozliczenia świadczeń, które są udzielane jako kontrola szpitala, niemniej jednak jako takie zostały wprost usankcjonowane w roku 2017, razem z wejściem w życie sieci, bo jak państwo pamiętają, ambulatoryjna opieka specjalistyczna rozdzieliła się jakby na dwie części – pierwszą część, związaną ze szpitalami, w której określone typy poradni pasujące do oddziałów, które są w szpitalach sieciowych, weszły bez żadnego konkursu do sieci, i drugą część, leczenia specjalistycznego, tę, która jest położona poza szpitalami, a więc jest kontraktowana w drodze normalnych konkursów. Ponieważ kwalifikacja była przeprowadzona w roku 2017 i w roku 2017 do sieci szpitali weszły nie tylko szpitale, ale i jednoimienne poradnie – wszystko z dwuletnią historią – oczywiście nie wszystkie oddziały, nie wszystkie szpitale posiadały poradnie tożsame z oddziałami jednoimiennymi.

Skąd aspekt opieki koordynowanej? W opiece koordynowanej zazwyczaj staramy się zapewnić nie tylko samą hospitalizację, jakieś zabiegi związane z tą hospitalizacją czy procedury, tak jak jest na przykład w KOS-Zawał, ale także staramy się zapewnić pacjentowi opiekę poszpitalną w jakimś okresie poprzez leczenie specjalistyczne, poprzez rehabilitację. I oczywiście do realizacji właściwie pojętych modeli opieki koordynowanej, tych, które są, i tych, które być może jeszcze będą, niezbędne lub wskazane jest posiadanie poradni jednoimiennej.

Natomiast tak się dzieje na rynku, że w momencie kiedy ogłaszane są konkursy, na równych zasadach startują zarówno te poradnie, które są związane z obecnie istniejącymi lecznicami ambulatoryjnymi, jak i poradnie nowo tworzone w szpitalach. Przy czym biorąc pod uwagę kryteria kontraktowania, nowo powstające poradnie na starcie nie mają jednej przewagi – nie mają punktów za ciągłość. Wprawdzie jeżeli się przyjrzeć uważnie kryteriom oceny ofert, to poradnie specjalistyczne, które są przy szpitalach sieciowych, w ramach konkursu dostają 8 lub 10 punktów, w zależności od pasowania do profili szpitali sieciowych, których nie dostanie żadna inna poradnia poza nimi. Niemniej jednak za ciągłość tych punktów można uzyskać więcej. Z tego więc biorą się czasem tego typu historie, że nawet ogłoszenie konkursu, które wydawałoby się być logiczne… Wyobraźmy bowiem sobie oddział ginekologiczno-położniczy w szpitalu, który nigdy poradni nie miał. Ta poradnia siłą rzeczy powinna się tam znajdować, niemniej jednak taki szpital nie wytrzymuje starcia przede wszystkim z poradniami, które na tym terenie już działają, natomiast w ramach konkursu mimo posiadania kontraktu na lecznictwo ambulatoryjne, na poradnię ginekologiczną mogą startować i dostają wtedy punkty za ciągłość, jakby uzupełniając własny… Oczywiście można by się zastanawiać, czy właściwa jest skala tych punktów i czy nie należałoby tego problemu rozwiązać, ale wydaje się na dzisiaj, że problemy są jednostkowe.

Natomiast, proszę państwa, zgodnie z informacją, którą przekazywał minister Adam Niedzielski, szykujemy się do tego, żeby w ogóle uwolnić limity, jeżeli chodzi o specjalistyczną opiekę ambulatoryjną. Wydaje się, że to rozwiązanie zlikwiduje przy okazji problem poradni specjalistycznych kontraktowanych w szpitalach, bo nikt już nie będzie zainteresowany w tym momencie dodatkowym kontraktowaniem czy zwiększaniem własnego limitu, bo taką ofertę wypełnić trzeba. A przypominam, szpital będzie miał przewagę w postaci 8 lub 10 punktów dodatkowych za to, że znajduje się w nim poradnia,

która profilem pasuje do poszczególnych oddziałów, które będą kontraktowane. To jest pierwsza metoda.

Druga metoda. Zazwyczaj jeżeli tworzymy programy opieki koordynowanej, na przykład KOS-Zawał, to oczywiście głównym elementem jest oddział kardiologiczny udzielający świadczeń inwazyjnych, jeżeli chodzi o ostre incydenty niedokrwienia, natomiast odnośnie do pozostałych elementów oczywiście należy zapewnić możliwość udzielania porad specjalistycznych, możliwość rehabilitacji kardiologicznej, jednak już miejsce ich udzielania nie musi spełniać kryterium posiadania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zatem w ramach programów koordynowanych staramy się zapewnić możliwość przystąpienia do niego komuś, kto chociażby zorganizował daną poradnię. Mimo że nie ma kontraktu, świadczenia mogą być udzielane, bo zazwyczaj płacimy w jedno miejsce. W związku z tym wydaje się – przynajmniej w naszym przekonaniu – że to w pełni odpowiada na zadane pytanie, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpieczają możliwość kontraktowania poradni specjalistycznych w przypadku opieki koordynowanej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan dyrektor Rutkowski chciałby jeszcze zabrać głos, coś dodać? Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Daniel Rutkowski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Uzupełniając wypowiedź pana dyrektora Dzięgielewskiego, można dodać, że jeżeli chodzi o poradnie przyszpitalne, czyli te, które są objęte umowami sieciowymi, to w liczbie podmiotów jest to około 10%. Natomiast odnosząc się do wartości czy liczby świadczeń, które są realizowane w poradniach przyszpitalnych w ramach umów sieciowych, to jest 40% wszystkich świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli 60% świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest realizowanych poza systemem PSZ, w ramach kontraktowania, a 40% to właśnie umowy sieciowe objęte ryczałtem. Jeżeli zaś chodzi o pewne poradnie, te świadczenia są objęte umowami sieciowymi, natomiast zostały uwolnione i są rozliczane na zasadach fee-for-service, tak jak poradnie onkologiczne, świadczenia onkologiczne czy też, jak ostatnio, gdy podejmowane były działania wyodrębniania z ryczałtu sieciowego i bezlimitowego rozliczania, świadczenia dziecięce w poradniach specjalistycznych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Pani poseł Gelert, proszę uprzejmie.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Pan dyrektor kontaktował się mną ze względu na to, że akurat ten temat był podany przeze mnie. Pewnie dlatego nastąpił ten kontakt, żeby może bliżej zdefiniować, o co w tym wszystkim chodziło. Natomiast odnośnie do tego, co tutaj pan dyrektor powiedział, że limity będą uwolnione, to ja rozumiem, że pomimo uwolnienia tych limitów dalej trzeba będzie zakontraktować nową poradnię. Czy dobrze zrozumiałam? Nie wiem. Ponieważ jednak pan tu powiedział, że limity będą uwolnione, chciałabym dopytać, czy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, zada pani pytanie, a po serii pytań panowie odpowiedzą.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze. Miałabym więc takie pytanie: kiedy te limity będą uwolnione? Kiedy należałoby się spodziewać, że tak będzie, i czy wówczas poradnię, którą się zarejestruje, też trzeba mimo wszystko zgłosić do funduszu do kontraktu, czy nie? Czy wystarczy tylko wykonywać usługi i jeśli nie ma limitów, to właściwie można przyjmować bez kontraktu, a tylko zgłosić? Chciałabym, żeby pan dyrektor doprecyzował, jak mają się wówczas zachować te nowe poradnie, które się utworzą i ewentualnie wystąpią. Czy powinniśmy liczyć wyłącznie na to, że inna poradnia nie przystąpi, bo jeśli są uwolnione limity, to każdy może robić, ile tylko chce?

Czy przewidujecie państwo również zadania dla tak zwanych poradni przyszpitalnych, których wcześniej nie było w poradnictwie ambulatoryjnym? To znaczy dużo, dużo wcześniej były, ale ostatnio – nie. Były tylko poradnie specjalistyczne. Był więc jakiś cel tych poradni przyszpitalnych, które powstały. Czy w związku z tym państwo zakładacie, że powinny realizować jakieś zadania, a jeżeli tak – to jakie? Rozumiem bowiem, że te poradnie przyszpitalne nie powstają tylko i wyłącznie do opieki koordynowanej, ale taka poradnia przyszpitalna powinna powstać właściwie przy każdym oddziale, który jest, czyli oddziale jednoimiennym. Czy wówczas ona będzie miała takie samo zadanie jak wszystkie poradnie w mieście?

Ja wychodzę z założenia, że szpital nie jest od tego, żeby był zadeptany w wyniku przyjmowania wszystkich, ale myślę, że brak uregulowania dotyczącego tego, co te poradnie przyszpitalne powinny robić, pozostawia bardzo dużą swobodę działania i przede wszystkim pozostawia roszczenie pacjenta, że on musi zarejestrować się do tej poradni. Chociaż nie wymaga leczenia na przykład ani nie jest po leczeniu szpitalnym, będzie chciał koniecznie do tej poradni się dostać. Takie pytanie – czy przewidujecie państwo takie zadania dla takiej poradni.

I jeszcze przy tej okazji mam taką prośbę. Mówicie państwo, że przy tej opiece koordynowanej na przykład rehabilitacja – tak jak przy KOS – czy też poradnia nie musi być danego podmiotu, że to może być na zasadzie umowy pomiędzy podmiotami. Występuje jednak problem, jeżeli to jest szpital, który jest na pograniczu dwóch województw. Bardzo trudno mu uzyskać na przykład pozwolenie danego oddziału funduszu, aby taką rehabilitację mógł dla swoich pacjentów kardiologicznych wykupić – w cudzysłowie, bo tak to można nazwać – w innym województwie. Z tym są pewnego rodzaju problemy. Chciałabym więc zapytać, czy takie problemy będą dalej występowały. Jeżeli bowiem jest dobra rehabilitacja, a leczeni są pacjenci takiej kardiologii z dwóch województw, to dlaczego potem, żeby rozliczyć go całościowo i poprowadzić go całościowo, musi mieć koniecznie tę rehabilitację w tym województwie, a nie w swoim województwie albo nawet, żeby z danego województwa mógł wybierać. Mówi się, że pacjent ma prawo wyboru, ale jednak w takiej opiece koordynowanej może nie do końca.

Chciałabym więc usłyszeć, jakie jest zdanie pana dyrektora na ten temat. Czy można w ten sposób – trudno powiedzieć, że zabronić, ale jakby nakłaniać pacjentów, że tylko w danym województwie muszą tę procedurę kompleksowo osiągnąć? Leczony w jednym województwie, ale rehabilitowany w drugim…

Powiem panu, że dlatego wybrałam ten temat na posiedzenie Komisji, że tak naprawdę trwa to już cztery lata, jak się dobijają niektóre szpitale, i wcale to nie jest taki precedens jednostkowy. Może machnął ręką i tego nie robi, ale dobija się o to, żeby jednak zakontraktować te usługi w takich poradniach, jakie są oddziały.

Może źle jest mówić na podstawie swojego przykładu ale jest on mi najbliższy. My zarejestrowaliśmy wszystkie poradnie szpitalne, kiedy tylko powstał projekt, żeby były, i niestety po trzech miesiącach musieliśmy je wyrejestrować, bo pan wojewoda powiedział: nie macie kontraktu, to po co macie trzymać poradnie, które właściwie nie żyją. Trzeba więc było je wyrejestrować znowu. Nie chciałoby się, żeby coś takiego się pojawiło, ale to, co pan dyrektor mówi, jest budujące. Jest tylko pytanie, kiedy to będzie, bo jest dopiero marzec. Kiedy więc można liczyć na to, że ruszymy z rejestrowaniem poradni, które chcielibyśmy zarejestrować? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są inne pytania? Jeżeli nie ma, to ja pozwolę sobie na krótką wypowiedź.

Zacznę od tego, szanowni państwo, że bardzo dobrze, że tym tematem się zajęliśmy. To akurat pani poseł była inicjatorką tego tematu, ale to jest niezwykle ważne zagadnienie. Przed chwilą najwięcej było mowy o rehabilitacji, ale patrząc nieco szerzej, ja pamiętam, że gdy była tworzona sieć szpitali, to przy okazji była mowa o tym, co jest najczęstszym problemem wielu polskich pacjentów leżących na oddziałach różnych specjalności. To jest często kwestia kontynuacji leczenia po wyjściu ze szpitala. Z tego wynika ten pomysł opieki koordynowanej, żeby pacjent nie był zostawiony samemu sobie, tylko żeby

było wiadomo, gdzie i mniej więcej w jakim okresie będzie mógł kontynuować leczenie poszpitalne, tak aby po paru miesiącach nie wracać tylko z tego powodu, że brakowało tej kontynuacji. Dlatego ważne jest funkcjonowanie tej opieki koordynowanej. Oczywiście COVID troszkę – a nawet nie troszkę, tylko bardzo – to wszystko zaburzył i wszyscy mamy tego świadomość, że sytuacja nie jest teraz normalna, ale też pewne plany, chociażby na przyszłość, trzeba robić, a jest także kwestia poszerzenia tych poradni specjalistycznych, które mogą współpracować z palcówkami lecznictwa zamkniętego.

Tutaj zresztą pani poseł zwróciła uwagę na słuszną sprawę związaną z nakładaniem się czasami placówek na różne województwa i to jest problem, aby można było tutaj płynnie i bezproblemowo prowadzić takie kontraktowanie i taką współpracę. To tyle z mojej strony.

Poprosimy o odpowiedź panów dyrektorów. W jakiej kolejności tym razem? Najpierw również dyrektor Dzięgielewski.

Panowie, zgodnie z tym, co panowie mówili, warto, aby padły pewne informacje na przyszłość, bo czas COVID-u minie, a my chcemy wiedzieć, w jakim kierunku państwo chcą iść dalej. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Pierwsze pytanie – kiedy zostaną uwolnione limity. W sumie byliśmy już dość blisko tego, tylko – jak państwo wiedzą – zaskoczyła nas trochę trzecia fala. Uznaliśmy, że na rozbudowywanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym momencie, kiedy mówimy tak naprawdę o konieczności pozyskiwania personelu do świadczeń covidowych, jest jeszcze troszkę za wcześnie. Niemniej jednak już właściwie jesteśmy gotowi do tego uwolnienia. To nie jest kwestia lat, tylko tygodni lub miesięcy, w zależności od tego, jak będzie się rozwijać sytuacja. Oczywiście nie oznacza to, że każda poradnia, która udziela świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z urzędu będzie mogła te świadczenia rozliczać i je robić.

Tu niestety, pani poseł, próbowałem powiedzieć, że ułatwi to stawanie w konkursie, ponieważ wtedy wyłącznie szpital sieciowy na danym terenie będzie miał tę przewagę 8–10 punktów, natomiast nie będą stawać do ewentualnego konkursu ofert podmioty, które już ten kontrakt mają, z racji tego, że nie muszą już więcej podnosić swojego limitu świadczonych usług, a to był jedyny motywator do tego, żeby do konkursu takie podmioty przystępowały. W tej sytuacji wydaje się więc, że konkursy będą znacznie łatwiejsze, niemniej jednak niezbędne do tego, żeby uzyskać kontrakt.

Czy przewidziane są inne zadania dla poradni przyszpitalnych? Proszę państwa, próbowaliśmy podejść do tego w czasie tworzenia pierwszej sieci szpitali na zasadzie, że poradnie przyszpitalne są nieco innymi bytami niż poradnie, które znajdują się wyłącznie w obiektach świadczących tylko i wyłącznie usługi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednak oczywiście ile szpitali – tyle rzeczywistości. Bardzo często poradnie przyszpitalne są przy okazji jedynymi świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń ambulatoryjnych na terenie danego powiatu. Nie mówię tu o najpowszechniejszych poradniach, typu położnicza czy ginekologiczna, ale bardzo często poradnie węziej specjalistyczne są jednym z niewielu lub jedynym świadczeniodawcą i siłą rzeczy nie można ich ograniczyć wyłącznie do opieki nad pacjentem przed hospitalizacją i po niej.

Była w międzyczasie idea, która mówiła o tym, że tak naprawdę jeżeli szpital posiada oddział specjalistyczny, na przykład oddział ortopedii, to zasadniczo nic nie stoi na przeszkodzie, żeby mógł udzielać świadczeń ambulatoryjnych czy porad niewymagających hospitalizacji, nawet tej poradni nie posiadając. Niemniej jednak taki pomysł spalił na panewce, bo one miały być jakby z urzędu włączone jako poradnie jednoimienne w tej fazie. W miejsce tego powstał dość rozbudowany katalog, no bo, proszę państwa, o ile poradnia diabetologiczna dałaby się przypisać do oddziału diabetologicznego i byłyby takie poradnie – ile jest oddziałów diabetologii, na palcach ręki można by policzyć – o tyle już oddziałów metabolicznych nie ma, a poradnie metaboliczne istnieją przy szpitalach klinicznych. Dlatego powstał załącznik, który łączył ze sobą pewne rodzaje oddziałów i pewne rodzaje poradni.

Jeżeli chodzi o możliwość realizacji świadczeń w innym województwie, to o ile dobrze pamiętam, na Mazowszu w ramach programu KOS-Zawał zgłaszane były rehabilitacje,

które znajdują się na terenie innego województwa. Ideałem byłoby, gdyby pacjent mógł wybierać ośrodek, w którym będą realizowane świadczenia rehabilitacji, ale proszę pamiętać, że w ramach KOS-Zawał jednak musi być podpisana jakaś umowa między oddziałem szpitalnym i oddziałem rehabilitacyjnym, ewentualnie poradnią specjalistyczną. Nie bardzo wyobrażam sobie sytuację, w której każdy oddział zawałowy będzie podpisywał kontrakt na rehabilitację z ośrodkami na terenie całego kraju, bo różni pacjenci mogą się zdarzyć. Zasadniczo mówimy jednak o pewnego rodzaju koordynacji świadczeń, czyli o tym, że ośrodki ze sobą współpracują, bo wtedy mamy łatwość przekazywania pacjentów, organizowania całości opieki właśnie w sposób koordynowany, czyli tak, jak zakłada cały program. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan dyrektor Rutkowski również chciałby zabrać głos, czy już wystarczy to, co powiedział pan dyrektor Dzięgielewski?

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Daniel Rutkowski:

Jeśli mogę krótko, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Daniel Rutkowski:

Jeżeli chodzi o kwestię uwolnienia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rozliczania świadczeń bezlimitowych, to w opinii Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje się bardzo istotne, żeby to połączyć też z przeformułowaniem pewnych produktów ambulatoryjnych, tak żeby wprowadzić pewne pakiety badań diagnostycznych – i myślę, że prace nad tym będą równolegle się toczyły – aby ten pacjent nie musiał kilkukrotnie przybywać, żeby cała ta diagnostyka pacjenta nie była dzielona na kilka porad, tylko żeby to było całościowo załatwiane. I jeżeli chodzi o takie produkty, to żeby były dostępne w leczeniu szpitalnym z podobną wyceną albo nawet taką samą, co zagwarantowałoby, że nie byłoby takiej tendencji do hospitalizowania pacjenta, żeby przeprowadzić pełną diagnostykę, tylko żeby to było możliwe do realizacji w trybie ambulatoryjnym. To jest dla nas bardzo istotne. Próbowaliśmy na przykład w endokrynologii wprowadzić od roku 2020, żeby pewni pacjenci byli zatrzymywani w podstawowej opiece zdrowotnej, żeby możliwa była szybka diagnostyka do realizacji w trybie ambulatoryjnym i żeby nie było potrzeby hospitalizowania pacjenta.

Oczywiście jeżeli chodzi o ewaluację tego projektu endokrynologicznego, który wprowadzaliśmy, to troszkę nam przeszkodziła pandemia, żeby to jednoznacznie ocenić. Jednak – z mojego punktu widzenia – to będzie bardzo istotne, żeby takie prace połączyć z uwolnieniem i bezlimitowością w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, żeby pacjenci pierwszorazowi, wymagający diagnostyki, mieli szybki dostęp do świadczeń i żeby tych pacjentów nie wypierali pacjenci, którzy przychodzą na przykład po receptę czy w drobniejszych kwestiach, na kolejną wizytę kontrolną. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł Gelert chciałaby zabrać głos. Proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ja do dyrektora Dzięgielewskiego z takim zapytaniem. W jaki sposób należałoby udowadniać, że ta współpraca pomiędzy dwoma ośrodkami niebędącymi w jednym województwie istnieje? Ja rozumiem, że takie powiedzenie typu „bo w całej Polsce można by było” jest raczej nieodpowiednie tutaj, bo wiadomo, że trafi się pojedynczy pacjent, ale jeżeli współpraca jest bliska, bo – tak jak mówię – dotyczy to tych szpitali, które są na pograniczu, mają pięć czy dziesięć kilometrów do drugiego województwa… Zatem jeśli chodzi o współpracę między ośrodkami, gdy od lat kierowało się na rehabilitację do ośrodka w innym województwie, a w tej chwili raptownie nie, no bo trzeba szukać w swoim… A w swoim jest na drugim końcu województwa, bo województwo może być duże, rozległe. Chociaż też się korzysta. Oczywiście się korzysta, tylko ponieważ użył pan takiego sformułowania, że „należałoby mieć udokumentowaną współpracę pomię-

dzy tymi ośrodkami", pytam, w jaki sposób można to bardziej udokumentować. Wydaje mi się, że każdy dyrektor oddziału wojewódzkiego zna swoje szpitale, wie, gdzie pacjenci są kierowani, i wie, jaki procent pacjentów z innego województwa leczy się w poszczególnych dziedzinach w danym obszarze czy w danym szpitalu, więc chyba nie trzeba aż tak mocno udowadniać pewnych spraw. Nie mówimy też o takiej rzeczy, żeby to było rozciągnięte na kilka województw i bardzo rozległe. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy któryś z panów dyrektorów chce się jeszcze krótko odnieść?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Oczywiście. Ja postaram się odpowiedzieć. To znaczy pytanie składało się z dwóch części. Pytanie z jednej strony mówiło o ośrodkach, które współpracują od dawna i są w pełnej współpracy. Wydaje mi się, że przynajmniej na Mazowszu, dopuszczaliśmy transgraniczność świadczeń, czyli świadczenia rehabilitacyjne, które były realizowane w innym województwie. Tak więc, przynajmniej z mojego punktu widzenia, takie bariery nie istnieją, jeżeli ośrodki współpracują ze sobą, co oczywiście może potwierdzić umowa o współpracy, bo z tego co pamiętam, akurat w opiece koordynowanej taką umowę się przedstawia.

Natomiast ponieważ w drugiej części pytania była mowa o pacjentach, którzy są z dalszych miejsc i chcieliby się leczyć u siebie lub chcieliby mieć wybór, tylko dlatego powiedziałem, że współpraca powinna być ograniczona do jednego ośrodka, że trudno jest typować wszystkie ośrodki, które chcieliby wybrać pacjenci. Zatem siłą rzeczy opieka koordynowana i współpraca między ośrodkami jakby nieco blokuje możliwość wyboru przez pacjenta ośrodka, w którym będzie prowadzona rehabilitacja, chociażby z tego powodu, że to ośrodek, który realizuje świadczenia szpitalne, pośredniczy w przekazywaniu środków finansowych.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Myślę, że to wyczerpuje dzisiejsze zagadnienie.

Jeszcze tylko sprawdzimy kworum. Proszę o podanie wyniku. W posiedzeniu Komisji brało udział 37 posłów. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.